

Información del miembro: (Individuo acerca de quien se divulgará la información)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Nombre, segundo nombre, apellido) (Día/Mes/Año)

Dirección: _____ Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: _____
(incluir código de área)

Número de póliza: _____ Número de identificación del miembro: _____
Autorizo el uso o la divulgación de información personal y médica por parte de Guardian, como se indica a continuación:

- Toda la información médica que posea Guardian.
- Información de reclamos respecto al tratamiento para la siguiente afección o lesión _____
_____ acerca de o sobre _____
- la información médica que abarque el período de tiempo _____ hasta _____
- Otro (Especifique e incluya las fechas) _____

Esta información podrá ser divulgada y utilizada por los siguientes individuos u organizaciones:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Esta información se divulga con los siguientes fines:

Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que, para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación por escrito a Guardian a la dirección a continuación.

Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.

Comprendo que la revocación no se aplicará a Guardian cuando la ley le proporciona el derecho a contestar un reclamo bajo mi plan de grupo. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá dentro de veinticuatro (24) meses de la fecha de la firma.

Comprendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que Guardian no puede condicionar el tratamiento o pago con base en si firmo esta autorización.

Comprendo que una vez que la información se divulgue de acuerdo con esta autorización, el destinatario puede volver a divulgarla, y es posible que las regulaciones de privacidad federales no protejan la información.

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Tenga en cuenta que ninguna autorización para divulgar información médica se procesará a menos que usted o su representante autorizado firmen este formulario.

Si usted es un representante autorizado (que no sea el padre de un menor de edad), deberá presentar la documentación necesaria o una explicación de su autoridad para actuar por el miembro (p. ej.: Poder notarial).

Enviar este formulario a: The Guardian Life Insurance
PO Box 981587
El Paso, TX 79998-1587